

Site

Numéro d'identification

FORMULAIRE 3. LISTE DES MATERIELS PROMOTIONNELS OU A BUT D'INFORMATION OU D'EDUCATION DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Type d'établissement de santé	<input type="checkbox"/> CSPS 1 <input type="checkbox"/> Dispensaire 2 <input type="checkbox"/> Hôpital CMA/CM/Polyclinique/Clinique 3 <input type="checkbox"/> Autre (PRÉCISER _____) 4
Public / Privé	<input type="checkbox"/> Public 1 <input type="checkbox"/> Privé 2
Pour les grands établissements, indiquez, le cas échéant, le service/département	_____
Nom de l'établissement	_____
Numéro d'identification de l'établissement	_____
Numéro d'identification de l'enquêteur	_____
Date (jj/mm/aaaa)	___/___/_____

